IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 207)
z dnia 3 listopada 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 207)

3 listopada 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Czesława Hoca (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Sieć, finansowanie procedur, czas oczekiwania, obsada, współpraca z zespołami ratownictwa medycznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Arkadiusz Kosowski** dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Klaudiusz Komor** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Bernarda Machniak** ekspert Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Adam Nogalski** prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej ze współpracownikiem, **Marek Wleklik** członek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" oraz **Karol Karski** poseł do Parlamentu Europejskiego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak, Jakub Stefański i Monika Żołnierowicz-Kasprzyk**– z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, witam bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panie i panów posłów. Informuję, że pan minister Kraska za chwilę do nas dołączy, ale w porozumieniu z nim ustaliłem, że rozpoczniemy posiedzenie. Pani dyrektor będzie na początku przedstawiała materiały, a później pan minister uzupełni i przejmie wypowiedź.

Witałem panie i panów posłów. Witam przedstawicieli ministerstwa, ale także witam zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Sieć, finansowanie procedur, czas oczekiwania, obsada, współpraca z zespołami ratownictwa medycznego. Jest to temat z planu pracy.

Czy są jakieś uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Szanowni państwo, pozwólcie, że zanim rozpoczniemy procedowanie, to oddam głos pani przewodniczącej Annie Kwiecień. Bardzo proszę.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, w ostatnią niedzielę zginęła Lucyna Wiśniewska, poseł V kadencji, osoba wyjątkowa. Pani doktor, która była neurologiem, która bardzo wiele zrobiła dla medycyny zarówno w mieście Radomiu, jak i w byłym województwie radomskim. Była lekarzem wojewódzkim. To ona wystarała się o to, żeby w Radomiu powstała stacja dializ. Była wspaniałym lekarzem. Była wspaniałą koleżanką, dobrym posłem. Osoba niezwykła. Każdy, kto spotkał ją na swojej drodze życia wie, że takie powiedzenie, że nie ma ludzi niezastąpionych akurat w przypadku pani doktor Wiśniewskiej, i zapewne wielu innych osób, które każdy zna i które już kiedyś pożegnał, właśnie to powiedzenie nie sprawdza się. Zawsze będziemy pamiętać o niej. Na pewno będą pamiętali o niej pacjenci. Będzie pamiętała cała radomska służba zdrowia.

W ostatnich latach była dyrektorem stacji sanitarno-epidemiologicznej i to także dzięki niej powała nowa siedziba. Była niezwykle zaangażowana. Pacjenci dostrzegali to,

doceniali, dlatego wyróżniali ją pięknymi nagrodami, takimi jak „Dobry Samarytanin" czy też „Viventi Caritate" – żyjącemu miłosiernie. To właśnie taka była Lucyna Wiśniewska. Dlatego, szanowni państwo, bardzo proszę o uczczenie jej pamięci minutą ciszy.

Wieczne odpoczywanie racz jej dać Panie... Wieczne odpoczywanie racz jej dać Panie... Wieczne odpoczywanie racz jej dać Panie... Nich odpoczywa w pokoju wiecznym. Amen. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Również dziękuję za to piękne świadectwo pani przewodniczącej. Mogę powiedzieć, że miałem przyjemność w V kadencji współpracować w Komisji Zdrowia właśnie z panią poseł, z panią doktor.

A teraz przechodzimy do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę, pani dyrektor. Oddaję pani głos.

Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia Agnieszka Tuderek-Kaleta:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Polsce działa system Państwowe Ratownictwo Medyczne. Świadczenia zdrowotne w ramach tak zwanej pomocy w stanie nagłym udzielane są przez jednostki systemu, a są to szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, a także jednostki współpracujące.

Zgodnie z art. 19 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody. System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu, sporządzanego i aktualizowanego co najmniej raz w roku przez wojewodę. W planie tym wskazywane są obszary działania poszczególnych jednostek systemu, ich liczba, rozmieszczenie, jak również określone zasady i sposób współpracy jednostek między sobą.

Szpitalne oddziały ratunkowe jako jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego działają na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz aktów wykonawczych do tej ustawy, między innymi rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Dopełnieniem tych przepisów są między innymi „Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć", stanowiące zbiór rekomendacji i wytycznych mających na celu ujednolicenie pod względem organizacyjnym i medycznym postępowania w szpitalnym oddziale ratunkowym czy izbie przyjęć.

Obecnie na terenie kraju funkcjonują 242 szpitalne oddziały ratunkowe. Planowanych do utworzenie jest jeszcze 26 SOR-ów, z czego 10 na terenie województwa śląskiego. Są to dane z wojewódzkich planów działania systemu sporządzanych przez wojewodów. Tak jak wspomniałam, 10 na terenie województwa śląskiego, gdzie występuje największy deficyt, jeśli chodzi o zabezpieczenie szpitalne pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przyjmuje się, że jeden SOR powinien zabezpieczać populację około 150 tys. mieszkańców, natomiast w województwie śląskim jest to na dzisiaj około 320 tys. mieszkańców na jeden SOR.

Szczegółowe wymagania, jeżeli chodzi o lokalizację SOR w strukturze szpitala oraz warunki techniczne, minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe oddziału, a także szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej, określone zostały w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. W związku z epidemią COVID-19, a także innymi czynnikami, między innymi wzrostem cen materiałów i usług, które skutkowały wstrzymaniem lub spowolnieniem rozpoczętych inwestycji, jak również w związku z narastającym problemem braku specjalistów medycyny ratunkowej oraz ogólnym brakiem rąk do pracy w nadmiernie obciążonych pacjentami szpitalnych oddziałach ratunkowych, część szpitali wskazywała na trudności, jeżeli chodzi o dostosowanie się do wymagań określonych w rozporządzeniu we wskazanym pierwotnie terminie, czyli do dnia 1 lipca 2020 r. Mając powyższe na uwadze, rozporządzeniem ministra z dnia 15 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szpital-

nego oddziału ratunkowego, został wydłużony okres dostosowania SOR-ów w zakresie między innymi organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – termin ten został wydłużony do 30 czerwca 2023 r., zapewnienia specjalisty medycyny ratunkowej na stanowisku ordynatora, czyli kierownika SOR do 30 czerwca 2023 r. i posiadania lądowiska lub lotniska – ten termin na dostosowanie został, wydłużony do 31 grudnia 2024 r.

Jeżeli chodzi o inwestycje w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych, to takie inwestycje były realizowane i szpitalne oddziały ratunkowe niejednokrotnie otrzymywały wsparcie zarówno ze środków budżetu państwa, jak i ze środków unijnych. Obecnie również planowane jest dalsze wsparcie SOR-ów w ramach Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Leczniczych z Funduszu Medycznego.

Zgodnie z przyjętą 16 sierpnia br. przez Radę Ministrów uchwałą w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych w zakresie wsparcia szpitalnych oddziałów ratunkowych”, zaplanowano środki w wysokości 726 mln zł. Wstępnie harmonogram wygląda następująco: w 2022 r. planowane jest około 200 mln zł na modernizację i doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych i 126 mln zł na budowę lub modernizację całodobowych lotnisk lub lądowisk przy SOR. W 2024 r. około100 mln zł na utworzenie nowych SOR lub przekształcenie izb przyjęć w szpitalne oddziały ratunkowe, a w 2025 r. kolejne 300 mln zł na modernizację i doposażenie istniejących szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Szczegółowy zakres każdego naboru oraz wymogi, jakie będzie musiał spełniać wnioskodawca w celu uzyskania dofinansowania, będą przedstawiane przed każdym takim ogłaszanym naborem. Oczywiście przy realizacji działań programu minister będzie miał na względzie potrzeby zdrowotne w poszczególnych regionach kraju, biorąc pod uwagę między innymi mapy potrzeb zdrowotnych, tak aby w miarę możliwości stopniowo zmniejszane były te nierówności w dostępie do usług zdrowotnych w poszczególnych województwach.

Jeżeli chodzi o zasoby kadrowe, wymagania w zakresie minimalnych zasobów kadrowych szpitalnego oddziału ratunkowego zostały określone w §12 ust. 1. rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. W myśl tych zapisów zasoby kadrowe oddziału stanowią: ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem będący lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej – ten przepis, tak jak wspomniałam, wejdzie w życie dopiero 1 lipca 2023 r., termin dostosowania w tym zakresie został przedłużony; pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale; lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający na stale w oddziale, będący lekarzem systemu; pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału; rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.

Powyższe wskazuje, że liczbę personelu należy dostosować tak, aby zabezpieczyć prawidłowe funkcjonowanie oddziału. Rozporządzenie nie określa ściśle wymagań liczbowych w tym zakresie. Liczba personelu medycznego powinna być uzależniona w szczególności od liczby pacjentów przyjmowanych przez dany SOR. Uszczegółowieniem...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, pani dyrektor. Bardzo wszystkich państwa przepraszam, z sekretariatem włącznie – proszę o zaprzestanie rozmów, bo nie słychać po prostu tego, co mówi pani dyrektor. Panią dyrektor może troszkę bliżej mikrofonu poproszę. Dziękuję uprzejmie.

Dyrektor departamentu MZ Agnieszka Tuderek-Kaleta:

Dziękuję. Uszczegółowieniem tych przepisów jest wskazanie w „Dobrych praktykach postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”, że liczbę per-

sonelu szpitalnego oddziału ratunkowego należy uzależnić od liczby danej populacji i obciążenia pacjentami. Zgodnie z tymi rekomendacjami, SOR obejmujący populację 150–200 tys. mieszkańców powinien zapewnić minimum 3–4 lekarzy na zmianie oraz 10 pielęgniarek systemu lub ratowników medycznych na stałe przebywających w oddziale, jak również personel pomocniczy i minimum dwa stanowiska do triage u.

Oczywiście, mając na względzie powyższe wytyczne, ostateczna liczba personelu medycznego, która ma przebywać na SOR-ze, powinna zostać określona przez kierownika danego podmiotu leczniczego w uzgodnieniu z ordynatorem oddziału, tak aby zapewnić czas obsługi pacjentów w SOR wynikający z §6 ust. 9 rozporządzenia. Czyli mówimy tu o maksymalnych czasach oczekiwania pacjenta na pierwszy kontakt z lekarzem, w zależności od przydzielonej kategorii pilności, a więc od natychmiastowego przyjęcia w najwyższym priorytecie do maksymalnie 4 godzin w priorytecie najniższym.

Jeżeli chodzi o zasoby kadrowe w szpitalnych oddziałach ratunkowych, według danych z wojewódzkich planów działania systemu, na koniec grudnia 2021 r. liczba wszystkich lekarzy wynosiła 4882, w tym liczba lekarzy systemu to 3517. Jeżeli chodzi o pielęgniarki – 4803, w tym pielęgniarki systemu 3447. Liczba pracujących ratowników medycznych według stanu na dzień 31 grudnia 2021 r. to 5938.

W 2021 r. w szpitalnych oddziałach ratunkowych przyjęto łącznie ponad 5 mln pacjentów, z czego 3,5 mln to byli pacjenci znajdujący się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. To jest 71% wszystkich pacjentów, którzy zostali przyjęci na szpitalny oddział ratunkowy.

Zgodnie z § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W SOR przyjmowani są pacjenci przetransportowani przez zespoły ratownictwa medycznego, jednostki współpracujące z systemem, zespoły wyjazdowe, lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze, podmioty realizujące transport sanitarny, a także osoby zgłaszające się samodzielnie.

„Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć” wskazują na priorytetową rejestrację pacjentów przekazywanych przez zespoły ratownictwa medycznego w celu skrócenia czasu oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta w SOR czy izbie przyjęć. Pozwoli to na uniknięcie kumulacji zespołów ratownictwa medycznego oczekujących na przekazanie pacjenta, a jednocześnie zmniejszenie ich niedostępności w systemie dla innych pacjentów, którzy wymagają pilnej interwencji.

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego czy wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. Po przewiezieniu pacjenta do szpitala, opiekę nad nim przejmuje szpital i nie ma możliwości – co często się zdarza – wykorzystywania zespołów do realizacji transportów międzyszpitalnych. Zespół powinien zostać niezwłocznie zwolniony do wykonywania dalszych zadań w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W razie konieczności szpital, w którym znajduje się centrum urazowe lub SOR, zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, który jest w stanie udzielić temu pacjentowi pomocy w odpowiednim zakresie.

Jeżeli chodzi o współpracę zespołów ratownictwa medycznego ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi czy izbami przyjęć, przyjmuje się, że ten czas oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego na przekazanie pacjenta do SOR nie powinien przekraczać 15 minut. Na podstawie danych z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego

Ratownictwa Medycznego za okres od 1 stycznia do 26 października br., średni czas oczekiwania zespołu na przekazanie pacjenta do SOR wyniósł 18 minut i 55 sekund, natomiast mediana czasu oczekiwania to 11 minut i 58 sekund.

Ministerstwo Zdrowia codziennie otrzymuje z Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego raporty zawierające między innymi dane dotyczące 15 najdłuższych czasów oczekiwania zespołów ratownictwa medycznego w SOR i izbach przyjęć, które wskazują niejednokrotnie na znaczne przekroczenia tego czasu przejęcia pacjenta, a nawet na kilkugodzinny czas oczekiwania zespołów na oddanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć. W przypadku SOR-ów pojawiających się w czołówce szpitali z najdłuższym czasem oczekiwania, prowadzona jest bieżąca korespondencja bezpośrednio z dyrekcją tych podmiotów i z właściwymi wojewodami odpowiedzialnymi za organizację i nadzór nad systemem PRM, a także z dyrektorami oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy podejmują odpowiednie działania w celu weryfikacji i wyciągania konsekwencji za takie działania...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam na momencik. Po pierwsze, w międzyczasie dołączył do nas pan minister Kraska – bardzo serdecznie witam. A po drugie, pani dyrektor, my te dokumenty, bardzo pięknie przez państwa przygotowane, mamy przed sobą. Przeczytaliśmy je, więc prosilibyśmy – jak pan minister uzna, czy pani kontynuując czy już pan minister kontynuując – tylko o najważniejsze informacje z tego, co jeszcze zostało, bo z całą resztą się zapoznaliśmy. Później rozpoczniemy dyskusję. Tak więc nie wiem, czy pan minister... Pan minister już teraz. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, na początku bardzo przepraszam za spóźnienie, ale niestety korki mnie uwięziły w Warszawie i nie mogłem dotrzeć. Szanowni państwo, jeszcze dwie rzeczy chciałbym... Rzeczywiście, ten materiał, który pani dyrektor państwu przedstawiła, państwo już otrzymali.

Wprowadziliśmy – i to w tej chwili już funkcjonuje praktycznie we wszystkich SOR-ach – tak zwany TOPSOR, czyli tryb obsługi pacjenta. To jest – nie lubię tego określenia używać – segregacja medyczna, ale to jest wstępna ocena, w jakim stanie pacjent trafia do SOR. Ten system obsługi pacjenta obowiązuje od 1 lipca 2021 r.

Pacjent, który trafia do SOR, czy to jest pacjent przywieziony przez karetkę czy też trafia samodzielnie, jest oznaczany specjalnymi kolorami. Kolor czerwony oznacza, że musi być natychmiastowy kontakt z lekarzem, kolor pomarańczowy – 10 minut, żółty – 60 minut, zielony i niebieski 120 i 240 minut.

Dlaczego to jest tak ważne? Ponieważ wiemy, że na SOR nie zawsze trafiają pacjenci w stanie zagrożenia zdrowia i życia, to ci pacjenci, którzy są oznaczeni kolorami zielonym i niebieskim, powinni de facto trafiać czy to do lekarza rodzinnego, czy też do nocnej i świątecznej opieki lekarskiej. Dlatego – co pani dyrektor już pewnie mówiła – wdrożyliśmy system, aby przy każdym szpitalnym oddziale ratunkowym była nocna i świąteczna pomoc lekarska. Wtedy taki pacjent nie będzie już oczekiwał 120 czy 240 minut na kontakt z lekarzem, tylko będzie kierowany do placówki, która znajduje się najczęściej w tym samym budynku, obok SOR-u i tam będzie zbadany przez lekarza. Myślę, że to zdecydowanie usprawni pracę w szpitalnym oddziale ratunkowym, bo wiemy, że tych pacjentów, niestety, trafia tam dość dużo, ale nie wszyscy wymagają szybkiej pomocy i są w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Kolejną rzeczą, którą chciałbym powiedzieć, jest finansowanie. To jest dość skomplikowany algorytm, który jest opracowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Według tego algorytmu są płacone środki na pracę szpitalnego oddziału ratunkowego. Składa się właściwie z trzech podstawowych składowych – ze stawki bazowej, składowej ryczałtu za strukturę i składowej ryczałtu za funkcję.

Jest z nami pan dyrektor Kosowski, który reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia, więc na państwa pytania w tej kwestii na pewno będzie mógł odpowiedzieć. Muszę jednak powiedzieć, że ta stawka finansowania szpitalnego oddziału ratunkowego od 2019 r. wzrosła o 30%, a stawka bazowa tylko w tym roku wzrosła już czterokrotnie, o ponad 58%.

Oczywiście można powiedzieć, że to jest jeszcze mało, ponieważ praca lekarzy, personelu w szpitalnym oddziale ratunkowym jest bardzo ciężka. Może to nie jest wystarczająco, ale robimy wszystko, aby zachęcić do pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym nie tylko lekarzy, ale i pielęgniarki systemu czy też ratowników. Także bardzo wysoko wzrosły wyceny tych procedur ratujących życie, bo tacy pacjenci, którzy trafiają do SOR-ów, są najczęściej pacjentami drogimi, ale są także pacjentami, którzy właśnie powinni być w SOR-ach obsługiwani.

Myślę, panie przewodniczący, że na tym skończę. Jestem oczywiście gotowy na pytania państwa posłów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, oczywiście. Bardzo dziękujemy za szczegółowe materiały. Szanowni państwo, otwieram dyskusję i mam propozycję, jak to jest zwykle przy tego rodzaju punktach merytorycznych wynikających z planu pracy. Najpierw, jeżeli oczywiście będą chcieli zabrać głos, poproszę o krótkie wypowiedzi ekspertów, zaproszonych gości – co na pewno wzbogaci to wprowadzenie i naszą dyskusję – a później parlamentarzystów. Jeżeli więc ktoś z państwa, zaproszonych gości, ekspertów, chciałby zabrać głos, to bardzo proszę. Oczywiście proszę o krótkie wypowiedzi. Proszę uprzejmie.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej Jerzy Ładny:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, to są bardzo konkretne i twarde dane...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

I proszę o przedstawianie się każdego z zaproszonych gości.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej Jerzy Ładny:

Profesor Ładny, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej. Zatem jeszcze raz. Te dane, które państwo otrzymali, to są bardzo twarde, konkretne dane. Chciałbym dorzucić tutaj jeszcze jedną informację, która zapewne będzie jeszcze tematem dyskusji na posiedzeniu Komisji.

Mianowicie, według moich danych, tych które do mnie spływają, okazuje się, że w skali kraju chorzy wymagający resuscytacji krążeniowo-oddechowej, czyli w zasadzie ci chorzy, którym dedykowane są szpitalne oddziały ratunkowe, stanowią tylko 2% pacjentów. Natomiast pozostali, to są chorzy wymagający bezpośredniego ratowania życia. Dajmy na to, że okej, też spełniają te warunki – jest ich 10%. Chorzy, którzy mają ciężkie zachorowania – 15%, chorzy, którzy mają nagłe zachorowania, niekoniecznie ciężkie – 15%, no i zaostrzenia chorób przewlekłych i choroby nowotworowe to 28%. Pewnie dyskusja będzie dotyczyła tego, co się dzieje z pozostałymi 38%. Myślę więc, że to jest cenna inicjatywa Ministerstwa Zdrowia, żeby obok była nocna i świąteczna pomoc lekarska, gdzie, zgodnie zresztą z sugestiami funduszu – jeśli się mylę, to proszę mnie poprawić – w momencie triage'owania byłaby decyzja, czy pacjent jest opieki nocnej i świątecznej, czy SOR-owski. Będziemy dyskutować na ten temat być może.

Natomiast my cały czas dostrzegamy... Akurat dwie organizacje o zasięgu ogólnokrajowym, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej i Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej – to są dwa towarzystwa lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym – mają postulaty dotyczące organizacji pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym, które powtarzane są od wielu lat i ciągle mało się dzieje. Widzimy jednak światełko w tunelu. Mianowicie, kwestia posiadania specjalizacji przez ordynatora oddziału, kwestia likwidacji pojęcia „lekarza systemu" itd. itd. To są tematy dla nas istotne, które w dalszym ciągu są odsuwane w czasie. Tego środowisko specjalistów medycyny ratunkowej oczekuje, chociaż terminy realizacji zostały określone, jak mówiła pani dyrektor.

Chciałbym jeszcze jedną informację podać. W tej chwili może nie jest tak bardzo krucho z lekarzami specjalistami w szpitalnych oddziałach ratunkowych, bo na jeden szpitalny oddział ratunkowy w Polsce przypada 3,3 lekarza specjalisty i jest potencjał, żeby tym szpitalnym oddziałem ratunkowym, tak jak oddziałem okulistycznym, kieruje okulista, kierował lekarz specjalista medyny ratunkowej. Oczekujemy, że ten 30 czerwca to będzie w przyszłym roku ostatni dzień, kiedy taka sytuacja nie zostanie uregulowana. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z ekspertów, zaproszonych gości, chciałby zabrać głos? Na tym etapie nie widzę zgłoszeń. W takim razie, szanowni państwo, kto z państwa posłów chciałby o coś zapytać? Bardzo proszę, pan poseł Rutka. Widzę kolejne zgłoszenia. Tak, bardzo proszę.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, tak, chciałbym też nawiązać do tego, co przed chwilą powiedział pan konsultant krajowy, tego, co dzieje się. Każdy, kto był w SOR-ze to wie, że nocna i świąteczna opieka w praktyce nie działa. Dlatego tak wielu pacjentów przychodzi po pomoc na SOR-y. To jest fakt. Oczywiście w każdym szpitalu pewnie to różnie wygląda. Za chwilę przedstawię przykład z mojego miasta.

Mam jednak pytanie odnośnie do materiałów, które zostały nam udostępnione. To jest tabela druga „Personel zatrudniony w szpitalnych oddziałach ratunkowych stan na dzień 31 grudnia 2021 r.”. Jako posła Ziemi Pomorskiej bardzo interesuje mnie pozycja 11. To znaczy, województwo pomorskie jest jedyne, w którym jest tak wiele braków, jeśli chodzi o informacje. Liczba wszystkich lekarzy 0, liczba wszystkich pielęgniarek 0 albo brak, liczba pielęgniarek systemu 42, co w ogóle nie przystaje do wielkości województwa, liczby mieszkańców. Coś bardzo dziwnego. Jeśli województwo lubuskie ma 86 pielęgniarek systemu... Tak... Ja pytam, nie mam tego. W związku z tym chciałbym uzyskać informacje.

Przejdę do tego działu, który dotyczy TOPSOR. Kolor niebieski, to jest ten, który wymaga najdłuższego oczekiwania na kontakt z lekarzem – do 240 minut. To przedstawię przykład, z którym osobiście miałem do czynienia.

Szpitalny oddział ratunkowy, 15 czerwca 2022 r. Szpital Miejski w Gdyni. Czas oczekiwania – jak państwo widzicie – 26 godzin 22 minuty. To było wyświetlone na monitorze i system się nie zawiesił. Byłem tam kilka razy. No, to oznacza, że ten maksymalny czas określony przez państwa na 240 minut został przekroczony 6-krotnie, bo to są 1582 minuty.

Obserwowałem też, jak pacjenci reagują na tego typu dane. To znaczy, część po prostu wychodzi. I o to chodzi – tak jest, żeby nie zajmowali miejsc.

To jest fakt. Można tutaj oczywiście operować tymi danymi. Powiedziałbym też, że nie podzielam takiego entuzjazmu, że te czasy oczekiwania ZRM-u na przekazanie pacjenta... One chyba w ogóle nie uwzględniają czasów pandemii, ponieważ przypadki, chociażby ze szpitala we Wrocławiu, kiedy karetki po 6 godzin oczekiwały na przekazanie pacjenta... Tak, ale różne są sytuacje. Powiem, że to jest bardzo optymistyczna wizja i uznaję dużą część tych danych za mało realne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Będzie odpowiedź zaraz – patrzę na konsultanta krajowego.

Szanowni państwo, pamiętajmy, że my nie opieramy się na danych historycznych, tylko danych tegorocznych czy z ostatnich miesięcy, więc to musimy uwzględniać. Możemy osobno czy w chociażby formie interpelacji poselskich… Pan poseł może ustalić pewne sytuacje, do jakich doszło w czasie pandemii, bo to była zupełnie inna sytuacja. Zresztą nie tylko w Polsce, bo wszyscy widzieliśmy obrazki z telewizji w zasadzie z całego świata, więc to pomińmy. Na razie tyle. Natomiast, gdy będę zabierał głos na końcu, to też się odniosę do kwestii nocnej i świątecznej pomocy, bo tak naprawdę te sytuacje, o których pan poseł powiedział, w ogóle nie powinny mieć miejsca w tym znaczeniu, że ci pacjenci powinni być załatwiani gdzie indziej, po prostu. Może jeszcze będą takie głosy, więc o tym pewnie jeszcze za chwilę porozmawiamy.

Myślę, że po kolei, tak jak państwo siedzą. Pan poseł Hok, bardzo proszę.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, podali państwo informację, że przyjęto na SOR-y łącznie ponad 5 mln pacjentów, z czego aż 71% znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Czy rzeczywiście wynika z tego, że stan tych pacjentów był tak zagrażający, że aż 70%, skoro też wiemy z wypowiedzi pana konsultanta, pana doktora, że przecież około 20% zgłaszających się na SOR-y są to przypadki zaostrzenia się przewlekłych chorób, czy nawet 28%, a około 30% to pacjenci, którzy niekoniecznie musieli trafić na szpitalny oddział ratunkowy. Zatem jest około 50% tych, którzy teoretycznie

nie powinni w ogóle trafić na SOR. Państwo pokazali 71% w nagłym zagrożeniu zdrowia. Czy to może wynika z wyceny świadczeń, bo sam pan minister powiedział, że świadczenia wysokospecjalistyczne są dosyć wysoko wyceniane, w związku z tym ta procentowość trochę inaczej wygląda?

A do świątecznej i nocnej pomocy, to jeżeli można, panie przewodniczący, chciałbym później się odnieść. W tej chwili chciałbym prosić o wyjaśnienie tylko tej kwestii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Bardzo dziękuję. Pani poseł Gelert, proszę uprzejmie.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, ja bym chciała parę wątków poruszyć tak od razu. Też mało wiarygodne mi się wydaje zostawienie tu... Możliwe, że to za okres nie wiadomo jaki, ale to, co kolega zauważył, że na Pomorzu brak danych, to nie wiem, czy państwo od nich nie uzyskali tych danych, czy... Tam z kolei bardzo dużo jest ratowników... W druku... Tam z kolei ratowników medycznych jest tak dużo, że...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że w ramach odpowiedzi to będzie uzupełnione. Nie będę teraz przerywał.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dobrze. Natomiast moje zdziwienie wzbudziło pokazanie – to nawet trudno powiedzieć, bo to nie tabela, tylko rysunek – że jest 71% w SOR-ze. To są ostre zachorowania. To po co my w ogóle rozmawiamy o nocnej i świątecznej, gdy zostaje nam 29%.

Pan konsultant zadawał pytanie, co właściwie wpływa na to, gdzie te około 30% pacjentów się podziało. Wydaje mi się, że to nie jest tylko nocna i świąteczna pomoc lekarska. Tam, gdzie są SOR-y, proszę państwa, nie ma izb przyjęć i taka instytucja nie funkcjonuje wtedy jak izba przyjęć, tylko rejestracja... Nie ma, bo nie jest na to płacone. Natomiast lekarze rodzinni wysyłają pacjentów ze skierowaniem do szpitala. I teraz nie wiemy, czy ten pacjent powinien być przyjęty, czy nie powinien być przyjęty, więc on przechodzi przez SOR i cała procedura wokół niego się toczy. On ani nie jest ciężej chory, ani nagle nie zachorował. On po prostu wymaga często nawet planowanego leczenia, ale trzeba to stwierdzić, więc jest kładziony w SOR. Wszędzie tam, gdzie są SOR-y, nie ma izb przyjęć, a skierowania z POZ-u codziennie od godz. 8.00 do godz. 18.00 są. Myślę więc, że bardzo duża liczba tych pacjentów to są właśnie ci skierowani z POZ-u do szpitala w celu stwierdzenia, co dalej z tym pacjentem należałoby zrobić. To jest jakby jedna pula tych pacjentów.

Sama jestem bardzo zainteresowana i ciekawa, jak wypadnie państwu ten pilotaż odnośnie do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, bo tak naprawdę widzę tutaj też kilka wątków i kilka niebezpieczeństw, ponieważ dali państwo termin, zresztą do czerwca przyszłego roku, ażeby nocna i świąteczna pomoc lekarska znalazła się w ramach SOR-u. Co to znaczy, żeby znalazła się w obrębie SOR-u? Jeśli w obrębie SOR-u, no to trzeba jej znaleźć jeszcze lokalizację... Proszę? Przedłużyliście teraz to? Wiem, że do czerwca, ale, panie ministrze, do czerwca jest pół roku. Po pierwsze, szpitale muszą mieć pieniądze... Bo to jest tak. Wy wymyślacie ciągle coś i należy teraz infrastrukturę dostosować...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, widzę tutaj zaniepokojenie ze strony sekretariatu i obsługi parlamentu. Pamiętajcie, szanowni państwo – protokołowane są posiedzenia Komisji, więc pomijając już wszystko inne, nie rozmawiajmy w ten sposób. Trzeba jednak do mikrofonu mówić. To też prośba do pana ministra. Proponuję więc, skończmy już te pytania...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie, nie. Mam taką...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...i pan minister wyjaśni to wszystko.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dobrze, ale...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie mówię „skończmy" w tym sensie, że nie mają państwo pytać, tylko zakończmy ten cykl i pan minister odpowie, bo inaczej trudno to będzie zaprotokołować.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dobrze. Miałabym więc takie pytanie. Chyba że zostało to przesunięte, i dobrze, ale jeżeli nie, to jak w takim układzie szpitale mają dostosować swoją infrastrukturę? To nie dotyczy tylko SOR-u. To dotyczy różnych zdarzeń, bo co jakiś czas są zmiany i szpital musi się dostosować. Na to dostosowanie musi posiadać środki, bo to nie jest tak – z kapelusza pieniędzy nie weźmie.

A jeżeli mowa o pieniądzach, to takie pytanie, panie ministrze. Ponieważ jest przeznaczona pula pieniędzy na SOR-y, w roku 2022 ok. 200 mln zł – rok 2022, a mamy już listopad – właśnie na SOR-y, na przebudowę itd. Do dzisiaj nie pokazały się jakiekolwiek założenia i kryteria. Czy jeżeli ktoś będzie chciał przebudować SOR, to będziecie oczekiwali, że koncepcję przedstawi czy przedstawi cały projekt techniczny, bo to są zupełnie inne ceny i zupełnie inne wartości? Szpitale też nie wiedzą, co mają robić, bo jednak to są za duże koszty, żeby zrobić następnego „półkownika", który będzie leżeć na półce, bo państwo stwierdzicie, że nie, bo do tych prac przystąpią tylko te SOR-y a nie te SOR-y. No i jest dosyć późno, więc nie wiem, kiedy państwo ten konkurs ogłosicie. Tak jak mówię – jakie kryteria w tym konkursie będą.

Co prawda są potem następne pieniądze. Również w 2025 r. zakładacie państwo pieniądze na następne SOR-y, ale prosiłabym o odpowiedź. Kiedy ewentualnie będzie i czy wszystkie SOR-y będą miały możliwość przystąpienia do tych konkursów? Jak na razie, to nauczona tym – ja przynajmniej – jakie potem są ogłaszane konkursy z Funduszu Medycznego... Człowiek jest zaskoczony, a to też ma być z Funduszu Medycznego, przypominam. To bardzo bym prosiła, żeby pan minister odpowiedział.

Chciałabym też, odnośnie do tego, co powiedział pan konsultant, żeby pan doprecyzował. Powiedział pan, że nie ma w tej chwili problemu z lekarzami systemu, że tych lekarzy systemu jest dużo. Wiemy jednak, że lekarz systemu to nie jest tylko lekarze ratownictwa medycznego, bo tych wcale nie ma dużo, a jeżeli są, to czasami w ogóle nie pracują w SOR-ach. Rodzi się więc pytanie, co będzie, jeżeli się okaże, że też w czerwcu przyszłego roku, niestety, wszystkie SOR-y nie będą posiadały kierownika, który ma akurat specjalizację z ratownictwa medycznego, bo odnośnie do tego, że są z systemu, wiadomo, że do systemu zaliczają się również inni ze specjalizacjami.

Co jeszcze? Przepraszam, tylko zobaczę... Myślę, że odnośnie do wymogów, które są, bo tutaj też państwo piszecie, że powinno być co najmniej 3–4 lekarzy i obsługa pielęgniarska 10 osób, na pewno jakieś założenia powinny być. Natomiast moje spostrzeżenie i prośba, żeby może nie uszczegóławiać tego aż tak mocno, ponieważ to uszczegóławianie coraz bardziej, coraz głębiej idące powoduje potem zawrót głowy, bo każdy broni potem swoich racji. Oczywiście, że w systemie powinni być przede wszystkim lekarze medycyny ratunkowej, bo takie było założenie od samego początku, ale może takie uszczegóławiania, że na każde stanowisko to dwóch, trzech, a tu pięciu... To dobrze. Bardzo bym prosiła. To było to, to, to, no i myślę, że to chyba wszystko...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Jeszcze tylko jedno powiem...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

...że nocna i świąteczna... Tak jak mówiłam, na pewno będzie interesujące, jaki będzie efekt tego projektu, który państwo ogłosili, ale nie wiem do końca, czy to jest dobry system, żeby jedno z drugim łączyć. Rozumiem, że trzeba powoli w ogóle wyzbywać się nocnej i świątecznej... To znaczy, inaczej ją zorganizować. I to pewnie jest taki krok do innego zorganizowania tej nocnej i świątecznej pomocy, bo powiem państwu, że nie jest prawdą, że szpitale nocnej i świątecznej pomocy nie mają zorganizowanej. Są zasy-

pani nocną i świąteczną... I te materiały na pewno byłyby fajne, gdyby były też uzupełnione o nocną i świąteczną, żebyśmy zobaczyli, ile tak naprawdę w nocnej i świątecznej pomocy przyjmowanych jest pacjentów, ilu pacjentów jest przyjmowanych faktycznie z zagrożeniem życia, a ilu jest przyjmowanych osobno. Nie mówiąc już o tym, że chyba piętą achillesową w Polsce jest nocna i świąteczna pomoc pediatryczna, gdzie tak naprawdę bardzo dużo pediatrii nie ma, a jeżeli przyjmują lekarze, to... Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję pani poseł. Miała być dygresja.

Zanim oddam głos panu posłowi Hardiemu-Douglasowi – bo teraz pan poseł zabierze głos – chciałbym powitać, bo nie widziałem wcześniej, pana europosła Karola Karskiego. Witamy serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. A teraz, bardzo proszę, pan poseł Hardie-Douglaas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Z wielką przyjemnością wysłuchałem tutaj swojej koleżanki. Widać, że mówi człowiek, który jest praktykiem, cały czas ma do czynienia z SOR-em. Ja też jestem praktykiem. Też pracuję w szpitalu, gdzie jest SOR właściwie od samego początku i chcę zacząć od tego, że nie powinno być rozporządzeń, które są pobożnymi życzeniami, nie są możliwe do wykonania, a przynajmniej nie są do wykonania te deadline'y, które państwo dali. One są po prostu nierealne. Dlatego nie należy narzucać dat, których nie da się dotrzymać, bo takie prawo się dewaluuje w momencie, gdy już na starcie wiadomo, że ono nie będzie wykonane.

Mówię o tych trzech kamieniach milowych.. Może to dobre porównanie – kamienie milowe, to znaczy rzeczy, które potem nie są wykonywane. Pierwsza, to że nocna i świąteczna pomoc będzie w obrębie SOR-ów czy też bezpośrednio...

Panie ministrze bo pan tak się dziwi – nie wiem, czy jakieś głupoty mówię, ale w każdym, razie nie kontestuję tego, bo państwo mają to dobrze zdiagnozowane, te problemy są problemami rzeczywistymi. Mnie chodzi o to, że życzeniowy sposób naprawiania tego jest niewłaściwy. Mówiła zresztą o tym przed chwileczką pani poseł Gelert. To że nocna pomoc ma być w SOR-ach czy też bliżej SOR-ów, w kompleksie szpitala, jak rozumiem – to nie zostało nigdzie bardzo dokładnie określone – to jest słuszne i wiele szpitali...

Na przykład szpital, z którego ja się wywodzę, szpital w Szczecinku, od samego początku, kiedy tam istnieje SOR, spełnia ten warunek. Tak akurat się złożyło. Pozostałe dwa są dla wielu SOR-ów niemożliwe do wykonania w terminach, które państwo narzucili. To znaczy, choćby to, że szefem SOR-u ma być lekarz ze specjalizacją z ratownictwa. Pan konsultant powiedział, że średnio na jeden SOR przypada trzech coś tam specjalistów, tylko proszę zobaczyć, jak oni są rozłożeni w Polsce. Jeżeli weźmie pan wszystkich specjalistów z Warszawy, Krakowa, Gdańska, Poznania, to oni oczywiście tę średnią robią, natomiast... To jest dokładnie to samo, co narzucanie tych norm, ilu ma być lekarzy, ile ma być pielęgniarek na tym SOR-ze.

SOR-ów w ogóle, przynajmniej w części Polski... Nie orientuję się, jak to na mapie całej Polski, ale orientuję się, jak to jest we wschodniej części województwa zachodniopomorskiego. W tej części województwa zachodniopomorskiego są szpitale mniejsze i większe. SOR-y, tak naprawdę, są trzy. Jest SOR w Koszalinie, jest SOR w Szczecinku i jest SOR w Drawsku Pomorskim, który zresztą dosyć późno powstał z tego powodu, że jest tam poligon wojskowy. No i okej. Jednak dużo dużych szpitali, tak jak choćby szpital specjalistyczny w Kołobrzegu, tego SOR-u nie ma.

Jakie są implikacje tego, że są tylko trzy SOR-y? Takie, że pacjenci jadą czasami z dosyć odległych miejscowości do miejsca, gdzie jest SOR. Na tej zasadzie przyjeżdżają na przykład do Szczecinka. W Szczecinku, który jako szpital powiatowy powinien obsługiwać 100 tys. mieszkańców, SOR obsługuje teren zdecydowanie większy. Potem ci pacjenci, bardzo często po diagnozie, muszą już być leczeni w tym szpitalu, bo przecież nigdzie ich się nie odsyła. Jeżeli przez lata – i nadal to, niestety, w wielu dziedzinach jest – są źle policzone procedury, taki nadmiar pacjentów jest dla szpitala kotwicą. Tak się dzieje, przynajmniej jeśli chodzi o Szczecinek.

Chcę powiedzieć, że szpitale, te które są w sieci, jak państwo wiedzą, mają ryczałty. To podobno od stycznia ma się zmienić, że one mają być jakoś przeszacowane. W każdym razie tam, gdzie są SOR-y – a tych SOR-ów jest niewystarczająca liczba – dochodzi do sytuacji, że te ryczałty są zdecydowanie przekroczone nie z winy szpitala, tylko z winy tego, że tym gardłem jest ten SOR, który wciska pacjentów do szpitala... Zaraz kończę, panie przewodniczący.

Chcę w związku z tym powiedzieć, że państwo powinni się wycofać z tych dat, zrobić wszystko, żeby SOR-ów było więcej, zwrócić uwagę na ten problem, który jest bardzo istotny, że do SOR-ów trafiają ludzie kierowani do szpitala, a w szpitalach, gdzie są SOR-y, izba przyjęć działa tylko przed południem i przyjmuje pacjentów planowych, a potem ci pacjenci kierowani do szpitala muszą przejść przez SOR. Powstają zatory, kolejki i to jest jakiś błąd systemu. Nie mam gotowego rozwiązania, ale na pewno w ten sposób być nie powinno.

Nie ma takiej możliwości, żeby w zakreślonym terminie powstały wszędzie tam, gdzie są SOR-y, lądowiska dla helikopterów. Akurat w Szczecinku jest lądowisko na dachu szpitala od samego początku, ale w wielu miejscach jest to prawie niewykonalne. Pamiętajcie, że jest inflacja, że szpitale nie mają pieniędzy. Mam nadzieję, że z tego funduszu rzeczywiście będą te rzeczy finansowane, ale terminy, które państwo narzucacie, są zbyt krótkie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sośnierz, proszę.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

To, że tyle problemów występuje w obszarze funkcjonowania SOR-ów nie jest w żaden sposób winą tychże SOR-ów. Tam pracownicy starają się dobrze pracować, są przeciążeni pracą. To jest wina leżąca absolutnie poza SOR-ami. Winę ponoszą organizatorzy ochrony zdrowia, którzy od wielu lat psują system opieki zdrowotnej i teraz nadal go psują poprzez nieumiejętną organizację całego systemu ochrony zdrowia, bo system musi być hierarchiczny, z podzielonymi zadaniami.

Tu bardzo cenny był głos pani poseł Gelert. Warto posłuchać praktyka. Nieważne czy opozycja, czy nie, ale pani poseł Gelert jest po prostu wieloletnim praktykiem i warto wysłuchać, jakie miała w tym zakresie uwagi.

Problem leży poza SOR-ami. Problem leży w wadliwej organizacji. Przez lata likwidowano rolę w zakresie takiej pomocy doraźnej lekarza rodzinnego. Potem były te wydzielone nocne oddziały pomocy medycznej i likwidacja izb przyjęć. Wiele decyzji, które spowodowały, że tak jest na SOR-ach, jak jest i lepiej nie będzie. To gwarantuję. Zresztą wielokrotnie już o tym mówiłem. Taki był rezultat tych wszystkich działań, kiedy połączono nocną... Połączenie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej z SOR-ami musiało dać taki efekt, jak dało, że będą przeciążone SOR-y, a niewiele to wszystko zmieni. Tu winę ponoszą – jak mówię – organizatorzy ochrony zdrowia, którzy często nie rozumieją, jak to wszystko funkcjonuje i w związku z tym ingerencja w SOR-y nic nie da.

Nie da również to, że państwo chcecie, żeby przy każdym SOR-ze była nocna opieka lekarska. Proszę to zanotować, szlaczkiem podkreślić i za dwa lata sprawdzić – to nic nie da na pewno. No, ale jeżeli chcemy wydawać pieniądze i robić ruchy pozorne, to proszę bardzo.

Wadliwym było połączenie bezpośrednie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej z SOR-ami. To nie zadziała. Nie będę tego wyjaśniał bliżej, bo byłaby zbyt długa moja wypowiedź. W każdym razie nie idźcie państwo w tę stronę, bo na pewno nie uzyskacie poprawy w tym zakresie.

Natomiast chciałbym jeszcze uzyskać krótką odpowiedź... Aha, no i bardzo istotne jest to, co powiedział pan konsultant. Naprawdę SOR-y wypełniają wszystko, tylko nie to... No nie, to co powinny to też robią, ale one zapełniają wszystkie luki i wszystkie wady w tym systemie. To wszystko na SOR się pcha, bo po prostu cały złożony system wielozadaniowy nie funkcjonuje. Wszystko te biedne SOR-y muszą teraz unosić.

Natomiast takie pytanie. Jestem trochę zaskoczony, że w SOR-ach pracuje więcej lekarzy niż pielęgniarek. Czy tak jest przewidziane w rozporządzeniu? Jest 4800 pielęgniarek i 4880 lekarzy. No, dane są, więc albo to wada tej statystyki... No

więc właśnie. Jeśli to jest nieprawda, to co warte są te materiały. W innych dziedzinach też, bo to mi się rzuciło w oczy, jest więcej lekarzy niż pielęgniarek. Ratownicy trochę ratują sytuację, bo jest ich drugie tyle, więc jakby ratownik plus pielęgniarka na jednego lekarza. Czy to jest przewidziana struktura zatrudnienia w SOR-ach, tak jak to państwo widzicie, bo albo to jest prawda, albo to jest fikcja? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz ja. Widzę państwa zgłoszenia. Spokojnie. Doczekacie się państwo swojej kolejności również.

Szanowni państwo, ja też odniosę się do tych materiałów, do tej dyskusji. Ostatnia rzecz, o której powiedział pan poseł Sośnierz, to... No właśnie, w SOR-ach w dużym stopniu powinni pracować ratownicy medyczni, więc to, co pan poseł na końcu zauważył, to wydaje mi się jest odpowiedzią na pytanie, dlaczego jest mniej pielęgniarek niż lekarzy, choć tych lekarzy rzeczywiście jest relatywnie bardzo dużo w stosunku do pielęgniarek i ratowników łącznie. Zapewne dowiemy się za chwilę od pana ministra czy pana konsultanta więcej na ten temat. Natomiast było dużo mowy na temat organizacji ochrony zdrowia.

Otóż, szanowni państwo, i również drogi kolego pośle, bo również, Andrzeju, pracowałeś jako organizator systemu. No to spójrzmy prawdzie w oczy. Od samego początku popełniliśmy wszyscy, rozumiem, ty w jakimś stopniu też... Na samym początku, będąc jeszcze w kasie chorych popełniliśmy pewien grzech pierworodny. A tym grzechem pierworodnym, szanowni państwo jest to, że lekarze rodzinni mają stawkę kapitacyjną. Jeżeli kierują na badania, to wszyscy mówiliśmy o tym dziesiątki, jeżeli nie setki razy na posiedzeniach Komisji Zdrowia, to tak, jakby wyciągali... Pan poseł bardzo dosadnie to określił – lekarz rodzinny skądinąd – mówiąc, że szkodzą swojej jednostce, czyli jak gdyby pomniejszają zysk, bo tak od samego początku to zostało zorganizowane.

Przypomnę też wszystkim państwu, że na początku tę nocną i świąteczną pomoc to właśnie lekarze rodzinni mieli organizować i to miało być pomiędzy nimi... Ponieważ dostali stawkę kapitacyjną, nie ma sensu, żeby każda poradnia, każdy lekarz rodzinny pracował 24/7. Między tymi poradniami, tymi gabinetami lekarzy rodzinnych miało być to dogadane, zorganizowane. Było inaczej. Lobby jest skądinąd bardzo silne, może najsilniejsze w systemie ochrony zdrowia, o czym niejeden minister z różnych opcji politycznych przekonał się na przełomie roku. W związku z tym mamy nocną i świąteczną pomoc. I co się wydarzyło wówczas? Wówczas wydarzyło się to, że pewne problemy, które były w POZ-ie w tym zakresie – bo nie chcę krytykować, POZ znakomitą rolę wypełnia w systemie, ale mówimy teraz o tych konkretnych sprawach – przeniosły się również do nocnej i świątecznej pomocy, gdzie też najlepiej, aby ten pacjent nie trafił albo, jeżeli trafił, to i tak później poszedł do SOR. Tak to było, i z tym wszyscy, ktokolwiek nie rządził, jakikolwiek nie był minister, z jakiekolwiek koalicji, mieli problem.

Teraz ta nocna i świąteczna pomoc przy SOR-ze jest odpowiedzią na następujący fakt. Skoro ci pacjenci i tak masowo trafiają do SOR-u, choć – jak wynika z tych danych i nawet z tych materiałów, ale jeszcze bardziej z tego, co powiedział pan konsultant – tak naprawdę w ogóle nie powinni trafić do SOR-u, to skończmy z tą sytuacją, kiedy to powoduje te wielogodzinne zatory – rzeczywiście pewnie gdzieś się zdarzają – i wielogodzinne kolejki.

Szanowni państwo, na dobrą sprawę pacjenta „niebieskiego" już na pewno, a być może „zielonego" również, w ogóle nie powinno być w SOR-ze. To powinno się kończyć na tych wcześniejszych kolorach. To wszystko powinno być w nocnej i świątecznej pomocy załatwiane, i tyle. Dopiero gdy jest zaostrzenie to wtedy rzeczywiście pacjent nie będzie już „zielony", tylko „pomarańczowy", i wtedy rzeczywiści do SOR-u, ale tego nie ma.

Powiedzmy sobie dalej jasno, te skierowania są również nie tylko z godzin nocnych, ale również w ciągu dnia. Najlepiej rzeczywiście, gdy ten pacjent nie trafi do poradni lekarza rodzinnego, tylko od razu niech idzie do SOR albo via gabinet lekarza rodzinnego, jakiś jest problem, to zamiast go tutaj diagnozować, trafia on do SOR.

Dodajmy też trochę dla usprawiedliwienia lekarzy rodzinnych, że nawet w tych sytuacjach, które pozornie wydają się mniej groźne w bezpośrednich godzinach, jeżeli chodzi o zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, to on pilnej diagnostyki nie wykona. On tę pilną diagnostykę wykona, gdy ten pacjent zgłosi się do godz. 9.00 – wtedy ewentualnie tę pilną diagnostykę zrobi – ale gdy jest o godz. 13.00, to wyniki będzie miał w najlepszym razie następnego dnia albo jeszcze później. Zatem pewnie często, również ze względu na jakąś niepewność, obawy, jest ten pacjent kierowany gdzieś dalej. I tu też trzeba pomyśleć, w jaki sposób tak zorganizować POZ, aby było można taką pilną diagnostykę również przeprowadzić. To jest pewnie temat na zupełnie osobną dyskusję.

Jeżeli jednak mamy nie mieć tych długich kolejek, to szanowni państwo, popatrzmy praktycznie. Skoro nocna i świąteczna pomoc w takim wydaniu się nie sprawdziła, no to chociaż odseparujmy tych pacjentów ostrych czy dość pilnych od tych, którzy powinni trafić tak na dobrą sprawę do POZ-u czy do nocnej i świątecznej pomocy i utwórzmy tę nocną i świąteczną pomoc przy SOR-ze, gdzie triage wcześniej tych pacjentów rozdzieli. A jest to o tyle korzystne dla szpitala... Mówię teraz o finansach, a nie o kwestiach kadrowych, bo kwestie kadrowe to jest duże wyzwanie dla wielu szpitali. Jeżeli chodzi o finanse, to chociaż spowoduje to, że szpitale może nie będą mieć zysku, ale przynajmniej mniej będą dokładać do tego typu sytuacji, tego typu przypadków.

Pozostaje pytanie oczywiście, jak z tego błędnego koła wybrnąć. To, moim zdaniem, wymaga dyskusji o całym systemie, nie tylko o kwestiach związanych z SOR-em, tylko zaczynając od POZ-u, poprzez wszystko, co się dzieje dalej w systemie, na procedurach jednodniowych kończąc, bo też niektórzy pacjenci będą przekazani i tego samego dnia może nie, ale wieczorem albo następnego dnia będą wychodzić po zaopatrzeniu w ramach procedur jednodniowych. To jest rzecz tak naprawdę do dyskusji systemowej, od razu powiem, która, szanowni państwo – nie raz pięknie się o tym mówi, zwłaszcza na różnych konferencjach medycznych – wymaga autentycznego porozumienia ponad podziałami politycznymi, żeby pewien główny kierunek był kontynuowany niezależnie od tego, kto będzie w Polsce rządzić teraz, za rok czy za 15 lat. Jest to bowiem pewien kierunek ogólny, na który wszyscy powinni się zgodzić, a później możemy się różnić w niuansach, w podejściu do innych rozwiązań systemowych. To tyle z mojej strony.

Widziałem kolejne zgłoszenia. Pan poseł Wolski, proszę.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Ja też mógłbym tutaj, jak poprzednicy, rozważać, jak połączyć wodę z ogniem, bo to jest tego rodzaju problem – interes lekarza rodzinnego a szpitala czy SOR-u po drodze, bo tu są wzajemne przepychanki. To są oczywiście wielkie problemy, a w życiu zdarza się, że ktoś jest ukąszony przez kleszcza. Większość ludzi sama sobie usuwa, ale nie wszyscy. Jeśli trafi do przychodni, to czasami nawet przychodnia potrafi do SOR wysłać, co już jest nieprawidłowością, ale trafia do SOR i stamtąd idzie na usunięcie kleszcza 5 km dalej, do swojej przychodzi – są też takie paradoksy. Jak mówię, są to bardzo poważne rzeczy i bardzo banalne, a wszystko zabiera czas i absorbuje personel.

To jest właśnie ta sprawa, co poseł Gelert... Czy jakiś lekarz rodzinny chce pacjenta – na spokojnie, nie umrze, nie ma zagrożenia życia – wysłać tam gdzie należy, na jakiś oddział X? W zasadzie nie za bardzo, bo najpierw na SOR i dopiero w SOR-ze zajmą się tym pacjentem, pokierują. Najpierw na SOR, potem go przerzucą 5 km dalej na oddział. To też nie jest takie proste, bo z kolei izb przyjęć nie ma. To wszystko się miesza.

To są sprawy z banalnego L4. Ktoś trafi na SOR, jakąś pękniętą kość przysłowiową zaopatrzą, ale po L4 to niech pan jednak idzie – czy rodzina – do kogoś tam... To są takie banalne rzeczy, ale bardzo kłopotliwe.

Oczywiście sprawa nocnej i świątecznej pomocy to nie jest problem lub nie, jakiejś wygody lekarzy, ale i pacjentów często. Wcale nie ma się czemu dziwić – jeśli pacjent nie może dostać się do swojej przychodzi w godzinach pracy, a może i by się dostał, ale jeśli ma tam czekać nie wiadomo ile godzin, to poczeka do tej godz. 18.00 i w nadziei, że tam już będzie bez kolejki, bez nerwów, świadomie idzie niepotrzebnie tam, gdzie będzie nocna pomoc.

Z kolei w pediatrii... Pediatria leży. Brakuje pediatrów. Małe dziecko – przejęta mama czy tata próbuje znaleźć pediatrę, najlepiej na wizytę domową, do czego ma prawo, ale oczywiście zazwyczaj jest to niewykonalne. Nawet mało wykonalne, żeby zanieść to dziecko do przychodni. Znowu – gdzie? Do nocnej pomocy, a jeśli nie za bardzo, to co? Nawet z tym, dzieckiem do SOR, bo przecież go nie wyrzucą jako tego „zielonego/niebieskiego”. I to tak się kiełbasi, ale nie chciałbym tu zanudzać, zresztą wiele tych rzeczy było mówionych.

Mam jedną wątpliwość na te współczesne czasy. Jeżeli chodzi o te czasy, co Marek Rutka tu mówił – to żeby rejestratorka przyjęła z karetki – to co mówimy – to trwa to i trwa, bo taka jest ta procedura, nazwijmy biurokratyczna – i to nie jest jakiś wymysł . Jeżeli w tym SOR-ze jest chirurg, który obsługuje SOR i blok operacyjny, a często i operuje, to czy są wyliczenia – to mówię do konsultanta naszego, który bardzo roztropnie się wypowiadał – jaki czas ten przysłowiowy chirurg, bo to jest najważniejsze, spędza na tym, co powinien robić, czyli przy pacjencie albo stole operacyjnym, a potem przy komputerze, gdzie musi wklepywać i wklepywać procedury. Pielęgniarki, o których mówimy... Rejestratorka, to jest pierwsze. Potem pielęgniarka – a tych za dużo nie jest – musi wklepywać, liczyć gaziki czy opakowania do strzykawek, żeby wszystko się zgodziło. Oczywiście to jest prawidłowe postępowanie w firmie bardzo precyzyjnie i oszczędnie zarządzanej, ale to nie jest firma produkcyjna, gdzie te wymagania powinny być tak rygorystyczne. Być może w realnych czasach niektóre procedury by odpuścić...

I kończąc – niech lekarz więcej czasu poświęca na to, na co powinien. Odciążyć go albo zmniejszeniem wymagań, albo upoważnieniem – nie wiem – jakiejś asystentki medycznej, żeby ktoś to ogarniał, żeby to nie blokowało lekarzy. No i podobnie na poziomie deficytowych pielęgniarek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Myślę że tym razem króciutko będę mówił. W każdym razie zastanówmy się nad jednym faktem – jak to jest, że POZ jest obciążony pracą. Są też olbrzymie kolejki w POZ-ie – podstawowej opiece zdrowotnej. Wszystkie poradnie specjalistyczne, których istnieją dziesiątki, są obciążone. Strasznie obciążone. Kiedyś była poradnia internistyczna, chirurgiczna, neurologiczna i pediatryczna. Teraz wszystkie poradnie, jakiekolwiek – diabetologiczne, chirurgii naczyniowej, endokrynologiczne – są obciążone. Szpitale – wszystkie są obciążone.

Co to znaczy? Dlaczego wszędzie są pacjenci i wszędzie jest ich multum? Dlaczego? Dlatego, że tak naprawdę zagubił się pacjent a stworzyliśmy procedurę i komputer. Wszyscy zarabiają na tym pacjencie. Nie ma pacjenta, tylko jest procedura i jest komputer... I pieniądz. Tak, pieniądz. I zysk. Pieniądz i zysk. Jeśli tego nie ogarniemy, to te nasze rozmowy to są takie rozmowy przy kawie, towarzyskie. Rzeczywiście nie mamy pacjenta, nie mamy efektu końcowego u pacjenta, tylko cały czas tymi procedurami wszyscy się nasycają.

Podstawowa opieka zdrowotna, wszystkie poradnie, jakie są. Stworzymy może jeszcze więcej poradni – one też będą przepełnione. Stworzymy szpitali więcej – one będą przepełnione, SOR-y będą przepełnione. Dlaczego? Dlatego że liczy się procedura. Nie efekt końcowy u pacjenta, tylko procedura. Jeśli nie ogarniemy tego wszystkiego, na nic te nasze rozmowy, te wszystkie dyskusje, konsultacje, bo tak naprawdę moglibyśmy tutaj bez końca mówić, i co z tego. Tylko wymyślimy jakieś nowe procedury, jakieś nowe kwestie, natomiast pacjent dalej będzie zagubiony w całym tym systemie. To jest pierwsza kwestia.

A druga kwestia – system jest dobry lub zły, ale za tym systemem musi być też człowiek. Czyli odhumanizowanie medycyny. Musi być człowiek i musi być to, że jeśli ten pacjent, na przykład, leży w SOR-ze 8 godzin i nikt nie podejdzie do niego i nie poda mu nawet... Herbaty? Nie, wody... No to nie chodzi o system. Tu chodzi już o człowieka. I po obu stronach, wszędzie.

Tak więc ja tylko tyle. Jeszcze raz – musielibyśmy wszystko od początku, ab ovo...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Już czasu nie mamy.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Będzie czas. Wygramy, zrobimy porządek. Wygramy, będziemy odważni i odważnie zrobimy taką naprawdę rewolucyjną reformę, gdzie będzie człowiek i pacjent, a nie komputer, a nie procedura.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Szopiński, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

...to wy zniszczyliście system lekarza rodzinnego. To wy wprowadziliście zysk.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

W sposób bardzo szybki, odpowiadając panu Hocowi – wygrać nie możecie, bo przysłowie mówi „do trzech razy sztuka", a wy za SOR-y zabieracie się już trzeci raz...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Do trzech razy… Dlatego wygramy, panie pośle.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

No trzeci raz się za to zabieracie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To nie do czterech razy sztuka...

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Teraz, no właśnie. To już nie będzie na to szansy. Albo teraz to zrobicie, albo już nigdy.

Natomiast w kwestii dotyczącej SOR-ów, my SOR-y mamy w programie naszej Komisji. W międzyczasie jednak wiele w kwestii dotyczącej SOR-ów się zdarzyło.

Po pierwsze, to są wypowiedzi różnych polityków. Wypowiedź pierwsza. „To co się dzieje na SOR-ach, to naprawdę często woła o pomstę do nieba". To nie była jedyna wypowiedź. Tych wypowiedzi pewnego prezesa było kilka w trakcie objazdu po Polsce, wtedy kiedy zajmował się SOR-ami.

Na to wszystko pan minister poinformował, że kolejki w SOR-ach się zmniejszą, bo rząd właśnie się zdecydował, żeby każdy SOR dostał wsparcie w postaci punktu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. No to ja chciałbym zapytać, z kim to było konsultowane. Czy SOR-y zmieszczą się z tą nocną i świąteczną pomocą lekarską na tych metrach, które były planowane pod SOR?

I w kwestii drugiej. Jestem przyzwyczajony do stanowienia prawa. W związku z tym chciałbym zapytać, w jakim druku, w jakim rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia znalazło się to, o czym teraz mówimy, bo – jak powiadam – jest to trzecia zapowiedź. Już nie chciałbym przypominać zapowiedzi Radziwiłła, które były w tej sprawie. To jest wasza trzecia zapowiedź, natomiast uprzejmie proszę – jakie ta zapowiedź ma oparcie w polskim prawie, rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia? Poproszę o dokumenty w tej sprawie.

Przypomnę bowiem państwu, że na początku września br. pan minister Niedzielski też na konferencji powiedział, że teraz ci wszyscy, których ciutkę boli, to będą mogli korzystać z telefonicznych diagnoz i wprowadzimy to jako swoisty eksperyment. No, gdzie jest ten eksperyment. Wy więcej gadacie, mniej robicie. W związku z tym więcej roboty, a mniej gadania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jedna uwaga od razu, panie pośle. Właśnie o to chodzi, żeby ta nocna i świąteczna pomoc nie była w SOR-ze, tylko w innym pomieszczeniu. Właśnie o to chodzi, żeby to nie było w SOR-ze. A jeżeli mówimy o rozporządzeniu czy innych dokumentach, to oczywiście, kiedy pan minister będzie odpowiadał, to odpowie również panu.

Pani poseł, niestety nie. Są inne zgłoszenia. Bardzo mi przykro, naprawdę. Ale pani poseł mówiła bardzo długo, a są jeszcze inne osoby. Pani poseł Płonka...

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Panie przewodniczący, ponieważ pan skomentował moją wypowiedź, to pan pozwoli, że ja panu przytoczę wypowiedź rzecznika Ministerstwa Zdrowia, którą czytają wszyscy, którą pan inaczej interpretuje, a ja tak interpretuję, jak on to powiedział. „Na szpitalnych oddziałach ratunkowych mają zmniejszyć się kolejki, bo rząd zdecydował, żeby każdy SOR dostał wsparcie w postaci punktu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Podjęliśmy się wprowadzenia nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w każdym szpitalu. To reakcja na niezadowolenie prezesa PiS-u” i razem to chcecie połączyć dokładnie w jednym SOR-ze.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No i dokładnie to powiedziałem – w szpitalu, ale nie w SOR-ze. 100% racji. Nie w SOR-ze, tylko w tym samym szpitalu. A teraz pani poseł Płonka, proszę uprzejmie.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, sięgnęłam pamięcią 45 lat do tyłu, bo taką długą mam praktykę jako lekarz i pierwsza rzecz, której bym oczekiwała, żeby poprawił się system ochrony zdrowia, to odpowiedzialność ludzi za swoje zdrowie, czyli promocja zdrowia i odpowiednia świadomość. To co ludzie wyczyniają po PRL-u jest naprawdę czasem żenujące. Ludzie po prostu z byle katarkiem przychodzą albo gdy dziecko dopiero zagorączkowało. Rodzice nie biorą odpowiedzialności, nie wiedzą nawet, jak się zachować. Tak więc tu jest duży problem z tą postawą pacjenta. Dlatego my mamy taki problem.

Pamiętam okres, kiedy były leki bezpłatne. Pracowałam wtedy w Lubniewicach. Tam było dużo wczasowych ośrodków zdrowia. Przyjeżdżali pacjenci, którzy nie brali leków z domu. Przychodzili po receptę w kolejkę. Potem zostawiali te leki wyjeżdżając. Kosze leków wynoszono z domów wczasowych. My jesteśmy takim społeczeństwem.

A powiedziałam, że wszyscy tu są grzesznikami, dlatego że ja również jestem osobą polityczną. Jako senator wprowadzałam kasy chorych po vacatio legis, które ta ustawa miała. I pamiętam czasy kasy chorych, jak źle się czułam jako lekarz rodzinny z plecakiem na swoich barkach w postaci 2,5 tys. PESEL-i.

Teraz chcę powiedzieć troszkę o tym, że podstawową rzeczą, poza promocją zdrowia i odpowiedzialnością obywateli, jaką trzeba równolegle prowadzić... I nie zgadzam się, że my popsuliśmy system, bo my go ciągle próbujemy naprawić, ale z tym mamy problemy, ponieważ taka jest mentalność.

Pierwsza sprawa jest taka, że lekarze rodzinni też nie załatwią wszystkiego, bo brakuje nam personelu i chyba najszybciej starzeją w tej chwili zatrudnieni w POZ-ie. Tak samo pielęgniarki. Zatem problem kadr. On jest ciągły. Nasi poprzednicy przyczynili się do tego bardzo, ale również przyczynili się do systemu organizacji szpitali. Mam województwo – lubuskie, w którym praktycznie wszystkie szpitale są skomercjalizowane. Tylko dwa szpitale są publiczne, i nadal są publiczne mimo tego, że wojewódzkie szpitale są spółkami samorządu województwa i powiatów. Te szpitale z kolei są nastawione na to, żeby zarabiać na wysoko opłacanych procedurach. Z tego wynika to, że nie dbają o te podstawowe oddziały – co ja wytykam ciągle w moim mieście Gorzowie Wielkopolskim – i między innymi skargi na SOR.

Jednak, wracając do tej świątecznej pomocy, też byłam kiedyś w grupie lekarzy, którzy świadczyli tę pomoc. Mieliśmy ze sobą specjalne komórki, pokój, w którym dyżurowaliśmy, zmienialiśmy się, bo to było chyba tak- złotówka za PESEL. To były duże pieniądze. Potem nam te pieniądze zostały odebrane przez pogotowie ratunkowe, które zobaczyło, że na tym zarobi. I wreszcie szpitale zarabiają na tej świątecznej pomocy budżety swoje poprawiając. Problem jest w tym, że dostępność jest taka, jaka jest, bo nas, lekarzy jest za mało. Niestety przyczyniliśmy się też do tego jako politycy lat czterdziestu, że nie mamy też specjalistów, którzy po prostu wyjechali albo wyszli na rynek prywatny. Dlatego takie kolejki są do specjalistów. A poza tym, szanowni państwo, niestety w żadnym kraju na świecie – nie znam takiego – nie udało się tak zorganizować opieki zdrowotnej, żeby mieć takie pieniądze jak czas wymaga dla wszystkich tych, którzy potrzebują.

Wszyscy wiemy, że zdrowie jest najdroższe. I faktycznie to są coraz większe wymagania ze strony pacjentów. Pacjenci chcą mieć tomograf, rezonans, USG Doppler natychmiast, coś tam jeszcze i coś tam jeszcze, a gdy już pojawia się jakiś sprzęt typu da Vinci, to oczywiście większość by chciała –a w przypadku dzieci SM – miałyby być leczone tym preparatem, który jest specjalnie przygotowany do 6 tygodnia życia. Dlatego są te zbiórki. Zatem my nie możemy ulegać populizmowi, ale ochrona zdrowia to jest bardzo trudny temat, żeby go dobrze zorganizować.

Podam państwu przykład. Przychodzę do pracy – bo ja jeszcze trochę pracuję jako lekarz rodzinny, bo mam jeszcze swoją pulę pacjentów, choć będę się wyłączać z tego – i nagle mam telefon od rodziny, że jest zgon w domu. I co ja mam zrobić? Rodzina się ze mną kłóci, bo to jest zgon osoby, która była chora nowotworowo, która miała prawo umrzeć i umarła, ale rodzina się domaga, żeby lekarz zaraz przyjechał do sąsiedniej wsi gdzieś z miasta. Tłumaczę, że to nie jest tak, że ja muszę zostawić całą praktykę i pojechać stwierdzić zgon i wypisać kartę zgonu.

Lekarze rodzinni rano, do godz. 12.00, to mają izbę przyjęć albo SOR w swoich praktykach. Awantury – ci się nie zarejestrowali, ci nie dostali numerków, jakieś różne problemy. Oczywiście to wszystko musi zorganizować dana praktyka. Widzę, że u mnie na przykład z telefonami jest jakiś problem. Natomiast szpital ma to zorganizować tak, żeby to funkcjonowało pozytywnie dla pacjenta. Pacjent natomiast musi mieć świadomość, że ponosi też dużą część odpowiedzialności za to, co się z nim stało albo że nie reagował, albo po prostu nie dbał o swoje zdrowie. Jeżeli więc tego nie poustawiamy, to trudno, pieniędzy tak ogromnych, żeby zabezpieczyć wszystko nigdy nie będzie.

Myślę, że wszyscy sobie z tego zdajemy sprawę, że gdy ktoś z nas zachoruje bardzo poważnie, to wydajemy wszystko, co mamy, żeby się ratować i żyć dłużej albo nie umrzeć. Tak więc to jest ta materia, ten problem, który i tak dla każdego z nas jest najważniejszy. Czy jesteśmy zdrowi czy chorzy, nasze zdrowie jest najważniejsze. W związku z tym musimy myśleć tak, jak pan przewodniczący powiedział – jak to zorganizować, żeby wszyscy po kolei, systematycznie, politycznie to potem robili, a nie przewracali to.

Przechodząc do systemu, ja znam przecież takie przewroty różne, patrząc na 45 lat. Była kasa chorych, powstał NFZ. Z NFZ-u wydzielono poszczególne oddziały – awantury o pieniądze, które się należą po kasach chorych albo za małe pieniądze w tych uzupełnianych terenowo. Tak więc, to ogromne problemy.

Wracając na koniec do SOR-u, rzeczywiście musi być oddzielona świąteczna opieka, ale powinna być dostępna blisko... No może. Bo cóż to jest? Gabinet lekarski i gabinet zabiegowy. To nie jest wielka organizacja. To jest mało. Natomiast SOR to już jest znacznie bardziej poważna diagnostyka i organizacja. Żeby poradzić sobie z tym, co mamy teraz, to jest bardzo dobry kierunek, natomiast całość wymaga systematycznego działania w ochronie zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zgłosił się jeden z naszych gości. Bardzo proszę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor:

Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Muszę przyznać, że zgadzam się z większością z państwa, bo naprawdę państwo tutaj bardzo trafnie zdiagnozowali te najważniejsze problemy. No i cieszę się, że to państwo zrobili, bo to właśnie państwo jesteście tymi, którzy mogą to naprawić, którzy stanowią prawo.

To co pani doktor jako ostatnia mówiła – niestety, my społeczeństwo mamy niewyedukowane. Wprowadziliśmy system amerykański SOR-owski, który jest bardzo dobry do ratowania życia. On jest najbardziej wydajny, według wszelkich badań – pan profesor ze mną pewnie się zgodzi – że ona ma za zadanie ratować życie. Niestety u nas ten system zastępuje wszystko, od lekarza rodzinnego począwszy, po specjalistę, do którego, jeśli ktoś nie chce czekać pół roku, to idzie wieczorem do SOR i tam neurologa na konsultacje poproszą. Cieszę się więc, że państwo to zdiagnozowali trafnie.

Natomiast nie mogę się zgodzić z jedną diagnozą, z tym odczłowieczeniem medycyny, bo proszę państwa, jeżeli zdarzy się ktoś taki, że przez 6 godzin nie podejdzie do pacjenta w SOR-ze albo nawet 8, to ja bardzo proszę, żeby go z imienia i nazwiska nam wskazać,

bo my nim się zajmiemy z punktu widzenia rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Nie wyobrażam sobie, żeby tak było, bo praca w SOR-ze to jest naprawdę najgorsza praca, jaką sobie można w medycynie wyobrazić – ja sam, jak byłem młodym lekarzem pracowałem w SOR-ze, miałem tam dużo dyżurów.

Państwo sami wiecie – w telewizji najczęściej filmy amerykańskie odbywają się właśnie w SOR-ach, bo to nie tylko w Polsce, na całym świecie praca w SOR-ze jest najbardziej wyczerpującą psychicznie i fizycznie pracą dla lekarza. Szczególnie, że w naszych warunkach niestety często jest to – jak to się mówi – radzenie sobie z pacjentem agresywnym, pijanym, brudnym, przywiezionym z ulicy tylko dlatego, że nie ma go gdzie zawieźć. On nie jest chory, tylko nie ma go gdzie zawieźć, bo wypił, ale ma otarcie na głowie, więc izba wytrzeźwień nie może go zabrać. On musi wylądować w izbie przyjęć, SOR-ze, tam musi wytrzeźwieć i dopiero później można go ewentualnie wypisać. Tak więc bardzo proszę, żeby nie uogólniać i nie szukać winy w personelu SOR-ów, bo to ani lekarze, ani pielęgniarki, ani ratownicy. Naprawdę nie wierzę, że ktokolwiek przejdzie obok cierpiącego pacjenta w SOR-ze i nie poda mu wody albo nie udzieli mu pomocy. Bardzo bym prosił, żeby tego nie powtarzać, bo to jest niestety taki slogan, którym wygodnie się tłumaczy to, że nie potrafi się rozwiązać tych prawdziwych problemów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie doktorze, myślę, że to nie o to chodziło. Chodziło o to, że zdarzają się takie przypadki. Natomiast pan zwrócił uwagę na jeszcze jeden ważny aspekt. Na to, że rzeczywiście są też ci pacjenci gdzieś znalezieni, w przypadku których okaże się, że nie ma żadnego powodu, żeby byli w SOR, tylko nie bardzo wiadomo, co w danym momencie z nimi zrobić. To jest kolejna kategoria.

I pamiętajmy też o jeszcze jednym elemencie, którego nie poruszyliśmy w tej dyskusji. To są – powiedzmy sobie szczerze – pewne złe nawyki nas jako społeczeństwa. No, nie byliśmy przyzwyczajeni, gdy ta nocna i świąteczna pomoc gdzieś funkcjonowała, żeby tam iść i nawet wymusić to świadczenie, gdyby ktoś tam był oporny, tylko właśnie najprostszą drogą do szpitala i już. To też jest taki sposób myślenia większości społeczeństwa, a to też generuje później te sytuacje, że są pacjenci, którzy w ogóle nie powinni tam trafić i ci, którzy naprawdę wymagają pilnej interwencji.

Tak, tak, zaraz, w drugiej turze, udzielę głosu, ale jeszcze były zgłoszenia po raz pierwszy. Rozumiem, że pan przewodniczący chce się odnieść. Przywoływana była jego wypowiedź. To krótko, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie profesorze, dłużej jestem lekarzem od pana. Myślę, że tak jak ja uważam, że jest bohaterstwo służby zdrowia i etyka lekarzy i pielęgniarek, to nie ma takiego człowieka. Natomiast mówiłem o tym, że tak naprawdę na tym pacjencie, ponieważ uprzedmiotowiliśmy go, wszyscy zarabiają, tak kolokwialnie rzecz ujmując, bo jak on wchodzi do podstawowej opieki zdrowotnej, to na nim lekarz już zarobił, bo ma kapitacyjne finansowanie. Wchodzi do poradni specjalistycznej i ja jako endokrynolog mogę go co dwa tygodnie sprawdzać i będę miał zawsze spłacone... Już na nim zarabiam. Idzie do szpitala – tam procedurę odpowiednią zakwalifikują – już na nim zarabiam. A koniec? Nikt o pacjenta tak naprawdę... Każdy tylko patrzy, jaką procedurę zaliczyć. Oczywiście, że potem dochodzi do szpitala itd., ale proszę zwrócić uwagę na to, że jeśli pójdzie na amerykański SOR, to panie profesorze, on dostaje od paznokci do komputera, rezonansu... On załatwiony jest od A do Z. Oczywiście jego ubezpieczenie zapłaci bardzo dużo, ale jest załatwiony od A do Z. Tam procedury się liczą, ale pacjent jest od początku do końca objęty opieką i ma już rozpoznanie, ma leczenie. A u nas nie wszystko idzie po kolei. Po prostu o to mi chodzi.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, jak ma dobre, wysokie ubezpieczenie,...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Oczywiście...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...bo tam z kolei dochodzimy do tych wynaturzeń...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Absurdów...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...i absurdów, że pierwsze, o co go pytają, to nie, co mu jest, tylko jakie ma ubezpieczenie, może nawet przed pytaniem o imię i nazwisko.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Można zbankrutować, gdy masz omdlenie na ulicy. Bankrutujesz praktycznie, bo wszystko masz badane. Ale do końca jest załatwiony...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł Dziuk, proszę. Szanowni państwo, tylko jedna prośba do wszystkich, którzy jeszcze będą zabierać głos. Już druga godzina się kończy, a jeszcze pan minister musi odpowiedzieć na te pytania. My za chwilę salę stracimy, więc naprawdę dwuminutowe pytania, żebyśmy oddali głos panu ministrowi,

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, przysłuchuję się tej dyskusji, która jest bardzo ciekawa. Zresztą z moich działań w moim regionie też widzę pewne dobre rzeczy i pewne złe, i po to tu jesteśmy, żeby to przedyskutowywać i dobre kierunki i strategie wypracowywać.

Niewątpliwie usprawniamy system zdrowia. Niesamowite nakłady idą na służbę zdrowa, tylko ja bym zadała pytanie, ile w tym wszystkim jest ukierunkowane na pacjenta, bo na kwestie zarobkowe... Zresztą to już kilkakrotnie na posiedzeniu Komisji wybrzmiewało – kadry dostają, wszyscy dostają, tylko ten pacjent musi być objęty opieką.

Przychylam się do wypowiedzi kolegi przewodniczącego Hoca, żeby była kompleksowa obsługa w SOR-ze. Niewątpliwie trzeba kadrze, która pracuje w SOR-ze, podziękować, bo to jest bardzo trudna praca. To jest praca, która jest ekstremalna, są różne sytuacje. My jako Komisja bardzo tutaj sobie cenimy te wszystkie zdarzenia, gdy jest ratowane życie każdego dnia. Tylko ja, tak analizując funkcjonowanie szpitali, ostrych dyżurów, mam takie spojrzenie oddolne takiej reformy, że kilka szpitali w bardzo bliskiej odległości może zawiązać pewne porozumienie, żeby, po pierwsze, usprawnić funkcjonowanie, a też rachunek ekonomiczny, żeby się uzupełniać. Myślę, że takie stanowisko do ministerstwa byłoby dobre, bo naprawdę to jest kwestia organizacyjna. Jest to do zrobienia, bo już rozmawiałam ze szpitalami na Śląsku. Myślę, że taki postulat byłby bardzo dobry i bardzo proszę zarówno izbę lekarską, jak i Ministerstwo Zdrowia, żeby nad tym się pochylić. Jestem tutaj do współpracy...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale to już trochę inny temat.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Ale to też dotyczy SOR-ów. Przepraszam, jeszcze dzisiaj się nie wypowiadałam i chciałabym tutaj te kwestie poruszyć, bo trzeba na zdrowie kompleksowo patrzeć a nie tylko wybiórczo. Możemy tą tematyką się zajmować, ale to zahacza o naprawdę bardzo wielkie powiązania między poszczególnymi działami.

Co też bardzo istotne, jeżeli ja widzę opiekę nocną i świąteczną, która do SOR-ów została ukierunkowana, to widzę też te minusy, o których była mowa. I patrząc w terenie – dobre rozwiązania, które są, to na przykład, przekazanie tej opieki nocnej i świątecznej do POZ, która spełnia swoją rolę, ma gabinety specjalistyczne i tę diagnostykę wykonują i jakby odciążają SOR-y poprzez tę opiekę nocną i świąteczną, bo takie rzeczy dzieją się w Polsce. Są przykłady. Jest przeprowadzona reforma POZ-u i możemy to też systemowo bardzo dobrze zabezpieczyć dla pacjenta.

To są takie moje sugestie i bardzo bym prosiła, żeby patrzeć kompleksowo, nie wybiórczo, bo schemat możemy opracować, ale są wyjątki w terenie, gdzie pewne rzeczy

dobrze funkcjonują. Zawsze podkreślam, że ta organizacja powinna przede wszystkim uwzględniać dobro pacjenta.

Na zakończenie chciałabym pokazać jeszcze jedno moje spostrzeżenie z terenu, gdzie też są te gabinety specjalistyczne, które tak naprawdę przy współpracy z SOR-ami... To trzeba w jakiś sposób usprawnić. Ja ze swej strony – nie chcę tutaj jakby rozszerzać tej tematyki – jestem do dyspozycji, bo widzę, jak to można przeprowadzić technicznie, organizacyjnie tak, aby przede wszystkim zaoszczędzić – bo ja patrzę na kwestię finansową...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, o dyscyplinę proszę.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Już kończę. A przede wszystkim mieć na względzie dobro pacjenta. No, nie mogą to być decyzje, które tak naprawdę wykorzystują przepisy obowiązującego prawa w kontekście oddalenia właśnie tej opieki, która powinna być nadrzędna dla pacjenta. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, aczkolwiek myślę, że koncepcja ministra, żeby jednak to było przy SOR-ach, jest lepsza niż w POZ z zupełnie innych względów, o których tu mówiliśmy. Pan profesor Jakubaszko, bardzo proszę.

Członek zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej Juliusz Jakubaszko:

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo za zaproszenie nas, przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej na to spotkanie bardzo ważne, bardzo dla nas istotne. Jesteśmy tutaj z profesorem Adamem Nogalskim, obecnym prezesem towarzystwa. Ja jako członek zarządu. Przed 20 minionych lat prowadziłem to towarzystwo. Medycyną ratunkową zajmuję się od 30 lat i co nieco wiem na ten temat i w kraju, i w świecie, no i w skali globalnej. Jestem członkiem Zarządu Światowej Federacji Medycyny Ratunkowej, jestem współzałożycielem Europejskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej i obecnie członkiem zarządu, no i naszego polskiego.

Medycyna ratunkowa została wprowadzona do systemów ochrony zdrowia różnych krajów, tych bardziej uprzemysłowionych, bogatszych itd. 50 lat temu. My w Polsce rozpoczęliśmy jej „uprawianie" dopiero przed 20 laty – powstała w 2000 r.

Ci, którzy mają pojęcie o medycynie ratunkowej, przez te 50 lat jej istnienia, jednoznacznie wiedzą, stwierdzają, powtarzają między innymi parę takich spostrzeżeń, haseł dotyczących tej dyscypliny medycznej i jej bazy szpitalnej, oddziałów ratunkowych tych emergency department. Takim hasłem, które się pojawia wszędzie tam, gdzie się dyskutuje, szczególnie w krajach rozwijających się, tworzących medycynę ratunkową, które warto by tu dzisiaj przypomnieć, jest to, że oddziały ratunkowe, emergency department, są zwierciadłami stanu organizacyjnego systemu ochrony zdrowia w danym kraju. Wszystko to, co jest złe w systemie ochrony zdrowia, odbija się w oddziale ratunkowym jak w lustrze ze wszystkimi tego aspektami.

Z tych dzisiejszych rozmów, państwa głosów, również to wynika jednoznaczne. To nie oddziały ratunkowe są temu winne. To system jest winny, co podkreślił pan przewodniczący. Z tym trzeba sobie dać radę, ale reorganizując, tworząc, poprawiając krok po kroku system. Natomiast same oddziały ratunkowe mają masę swoich organizacyjnych problemów, ale jeżeli zderzą się z niedostatkami systemu, stają się bezradne, padają, ludzie przestają być zainteresowani – ludzie, mówię personel. To co my obserwujemy – jest frustracja, są wypalenia zawodowe. Z tych 1300 lekarzy, którzy taką specjalizację w naszym kraju zrobili, pracuje w systemie 800 może mniej. Reszta jest totalnie wypalona, ucieka z tego działu, zmienia specjalizację lub wręcz wyjeżdża za granicę. To jest powszechne zjawisko.

My jako polskie towarzystwo od wielu lat powtarzamy pewne kryteria, postulaty, które chcielibyśmy, żeby w końcu zaczęły w naszym kraju funkcjonować. No nie ma tutaj czasu na ich przytaczanie i rozwijanie. Przygotowaliśmy takie wystąpienie z panem profesorem. Złożę je panu przewodniczącemu, a tylko tytuły tych postulatów państwu wymienię.

Po pierwsze, podniesienie i stabilizacja rangi medycyny ratunkowej jako szczególnie ważnej dyscypliny klinicznej i szczególnie odpowiedzialnej specjalizacji lekarskiej. Ona w stanowiskach Światowej Organizacji Zdrowia i w stanowiskach Unii Europejskiej jest specjalizacją priorytetową w zapewnianiu bezpieczeństwa opieki zdrowotnej obywateli, szczególnie w stanach nagłych zagrożeń.

Ponadto postulujemy wzmocnienie kluczowej roli szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich personelu w strukturach polskiego szpitalnictwa. Tego ciągle u nas nie ma. Na podstawie materiału przedstawionego przez pana ministra wnioskujemy, że pewne kroki w tym kierunku są podejmowane i bardzo z tego się cieszymy, ale odnośnie do ich skuteczności, a szczególnie w najbliższej przyszłości, mamy pewne wątpliwości.

Po trzecie, postulujemy, aby określenie zadań szpitalnych oddziałów ratunkowych w monitorowaniu jakości i nadzorze funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w realiach operacyjnych stało się faktem. My nie mamy, nie prowadzimy, nie znamy wyników monitorowania jakości systemu ratownictwa medycznego. My tego w ogóle nie monitorujemy. Wszystkie środowiska organizacyjne ochrony zdrowia w krajach cywilizowanych prowadzą monitorowanie jakości ratownictwa medycznego, tego emergency system. Między innymi monitorowanie, na przykład, zgonów do uniknięcia. U nas tego się nie robi z wielu różnych względów, również myślę, że i politycznych, a to jest clou oceny jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Po trzecie, czy to po czwarte nawet. Postulujemy zniesienie obowiązku prowadzenia segregacji wewnątrzszpitalnej w systemie TOPSOR jako przymusu dla wszystkich oddziałów ratunkowych. To się nie sprawdza. W wielu przypadkach się nie sprawdza.

W świecie istnieje 5 systemów, takich ogólnie przyjętych, sprawdzonych przez minionych 50 lat, segregacji śródszpitalnej prowadzonej w oddziałach ratunkowych. Jednym z tych systemów, najczęściej i najchętniej stosowanym w Europie, jest system brytyjski manchesterski. My w Polsce ten system zaczęliśmy już wprowadzać około 10 lat temu. Są podręczniki tego systemu. Jest on przyjazny dla personelu – i dla pielęgniarek i dla lekarzy. W wielu szpitalach jest prowadzony. W tej chwili wprowadzanie, takie mechanistyczne, trybu TOPSOR prowadzi po prostu do chaosu, do wypalenia wielu oddziałów. Niektóre są takie, że w ogóle go nie zaakceptowały albo udają, że mają, ale robią to w innym systemie. Taki przymus odgórny zdecydowanie łamie system.

Domagamy się czy postulujemy wprowadzenie zmian legislacyjnych mających na celu jednoznaczne oddzielenie zadań, finansowania i lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych od szpitalnych izb przyjęć. To jest coś, co jest kamieniem u szyi szpitalnych oddziałów ratunkowych tam, gdzie są niedostatki organizacyjne, zła organizacja szpitala itd., kiedy te zadania wrzuca się na plecy personelu oddziałów ratunkowych. To jest nieporozumienie. To jest destrukcja... Tak, IP, przecież nawet w tych rozwiązaniach obecnie proponowanych bez przerwy żongluje się takim sformułowaniem SOR/izba przyjęć. To jest nieporozumienie, to nie może być... Oczywiście.

I jako ostatni element, który tu chciałem podnieść, to jest postulat – wprowadzenie zmian legislacyjnych mających na celu jednoznaczne oddzielenie zadań, finansowania i lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych od nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Ona jest potrzebna, ale ona nie może być składana na barki szpitalnych oddziałów ratunkowych i w lokalizacji, obciążeniu personelu itd., a to w tych rozwiązaniach i propozycjach jest zakamuflowane, że tak będzie. Samo to sformułowanie, jak to teraz przeczytałem „Został wydłużony okres w zakresie dostosowania SOR-ów w zakresie obowiązku: 1) organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej pomocy...”... No tak, ale to SOR ma organizować...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie profesorze, być może to sformułowanie jest niefortunne, natomiast chodzi o to, żeby nocną i świąteczną pomoc wyprowadzić z SOR-u...

Członek Zarządu Głównego PTMR Juliusz Jakubaszko:

Mamy nadzieję, że tak się stanie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To pan minister powiedział. Właśnie o to chodzi, żeby tego tam nie było, bo jak by miało być, to nie potrzeba w ogóle czegokolwiek zmieniać.

Członek Zarządu Głównego PTMR Juliusz Jakubaszko:

Oczywiście. Mamy nadzieję, że tak się stanie, ale ponieważ to sformułowanie jest takie podejrzane, dlatego to postulujemy.

Uważamy, że musimy również mieć świadomość, że oddziały ratunkowe będą coraz bardziej obciążone napływem pacjentów. W ramach monitorowania jakości systemu między innymi monitorowany jest przepływ pacjentów przez oddziały ratunkowe. W Stanach Zjednoczonych w ubiegłym roku w oddziałach ratunkowych odnotowano 125 mln wizyt. Oczywiście to większa populacja itd., ale gdybyśmy chcieli to przeliczyć na naszą populację to by oznaczało, około 25 mln wizyt w oddziałach ratunkowych w naszym kraju. Należy się spodziewać, że do takiego poziomu, niestety, też kiedyś dojdzie. My na razie, według tych danych dzisiaj podanych, mamy około 5 mln rocznie. To znaczy, że te nasze oddziały ratunkowe będą na pewno dociskane większym napływem pacjentów i z tym musimy sobie poradzić na przyszłość racjonalizując ich pracę. Dziękuję. Tylko tyle chciałem powiedzieć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, pytań... Jeszcze pan poseł. Słuchajcie państwo, to minuta. Naprawdę, bardzo proszę. Poseł Wicher. Bo minister nie odpowie. Skończę posiedzenie Komisji za 7 minut i nie będzie odpowiedzi ministra.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Panie przewodniczący, to szybko. Będę starał się nie zagadać. Panie ministrze, szanowna Komisjo, oprócz tych tematów, które były tu już poruszone w dyskusji, jest jeszcze jeden temat, który jest problemem relacji czasami z niektórymi miastami i gminami, które funkcjonują koło szpitala. Powiem o przykładzie Nowego Sącza, w którym mieszkam na chwilę obecną. Kwestia relacji SOR–izba wytrzeźwień, która wydaje się może błahą sprawą, ale paraliżuje pracę SOR-ów.

Prezydent miasta Nowego Sącza podjął właśnie decyzję, w aglomeracji około 300 tys. ludzi w najbliższym zakresie, a 0,5 mln, jeżeli chodzi o izbę wytrzeźwień, bo w takim zakresie nie ma izby wytrzeźwień. Została zlikwidowana. W chwili obecnej wszyscy ci petenci trafią do SOR. Jak państwo wiecie, jeśli jest nieprzytomny, niekomunikatywny, musi przejść pełną diagnostykę. Jest obciążeniem zarówno finansowym, jak i organizacyjnym.

Panie ministrze, tu jest taka prośba. Może to nie wiąże się bezpośrednio, ale może w skali kraju uregulowalibyśmy kwestię tak banalną jak funkcjonowanie izb wytrzeźwień. One naprawdę dociążą system. Nowy Sącz będzie miał za chwilę tak wydłużony czas przyjęć, że będzie to bardzo duży problem. Pamiętam, ile godzin to funkcjonowało, kiedy izba wytrzeźwień w Nowym Sączu była zablokowana.

Natomiast podkreśliłbym też istnienie izb przyjęć, które byłoby konieczne w systemie. Popieram te postulaty. Na dzisiaj pacjent nam się miesza. W SOR-ze siedzą obok siebie jeden facet ze skierowaniem – to też przykład ze szpitali w moim regionie – drugi siedzi, bo coś mu się dzieje i nie wie, czy ma iść do nocnej czy nie. Ale jest też jeszcze jedno, prywatne doświadczenie – bo ja lubię najbardziej bazować na tym, co jest realne, faktyczne – jak z moją córką byłem odsyłany od SOR-u do nocnej, od nocnej do SOR-u, bo nie mogli się zdecydować, kto ma nas przyjąć. I tak między pierwszym piętrem, gdzie jest nocna, w drugim budynku obok, a SOR-em, kursowaliśmy czterokrotnie. W końcu lekarze się dogadali, gdzie dziecko ma być przyjęte. Tak więc i takie sytuacje się zdarzają. To też wymaga doregulowania, odseparowania pacjentów ze skierowaniami do izby przyjęć.

A teraz pytanie, gdzie ma być triage, na którym etapie, bo triage ma rozdzielić tych SOR-owskich od nocnych, a więc czy on też nie powinien być zlokalizowany... No i właśnie, to jest pytanie, gdzie powinien być zlokalizowany, żeby ich wcześniej rozsyłać... No to SOR, ale jak oni rozsyłają i jakoś logicznie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Panie pośle, bardzo proszę...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Panie przewodniczący, ostatnie zdanie. I nie tak, że ktoś idzie ze skierowaniem SOR-u do nocnej, to tam mówią – nie, nie, proszę wracać do SOR. Nie ma odsyłania z powrotem. Dziękuje serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gelert, ale pani poseł, naprawdę minutka...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Panie ministrze, jedno pytanie. Zasada przekazywania pacjentów z SOR-u. Czy udrożnicie tę drogę, bo to naprawdę... SOR oczywiście może zabezpieczyć pacjenta, zrobić badania, tylko nie ma go gdzie odesłać. Dany szpital już nie przyjmie, bo jeżeli w okolicy nie ma SOR-ów, to w danym szpitalu nie ma miejsc, a pacjenta trzeba hospitalizować, ale żaden szpital w okolicy oczywiście nie chce. Jaka więc ścieżka przekazywania pacjenta jest potrzebna?

I drugie pytanie. Jeżeli nocna i świąteczna opieka ma być tam, gdzie SOR, to jeśli na terenie, gdzie będzie 200 tys–300 tys. ludności nie będzie drugiego SOR-u, to znaczy, że wszyscy pacjenci z nocnej i świątecznej opieki i z tych terenów będą do tego SOR-u... Nie. Czyli to takie... Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie. Dobrze. Dziękuję bardzo. Pan minister odpowiada. Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Rzeczywiście dużo pytań, ale myślę, że bardzo merytoryczna dyskusja i bardzo dziękuję za ton.

Po pierwsze, odpowiem na wątpliwości pana posła Rutki, którzy rzeczywiście jest zaniepokojony tym, że nie ma lekarzy w województwie pomorskim. To niestety chochlik drukarski, ale już to naprawiam.

Jeżeli chodzi o wszystkich lekarzy w województwie pomorskim, to w szpitalnych oddziałach ratunkowych pracuje 369, z tego 233 to są lekarze systemu, 258 pielęgniarek, w tym 167 pielęgniarek systemu i 345 ratowników medycznych. Tak się czasem zdarza.

Szanowni państwo, na pewno dużo emocji wzbudziło to, że chcemy, aby przy każdym szpitalnym oddziale ratunkowym funkcjonował oddział nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, i to nie jest wymysł ostatnich tygodni. Takie rozporządzenie, panie pośle, pojawiło się w 2019 r. Wiemy, co się wydarzyło w roku 2020 i 2021, czyli przyszła pandemia. Dlatego sukcesywnie wydłużaliśmy ten czas dostosowania szpitalnych oddziałów ratunkowych czy też szpitali, które posiadają szpitalny oddział ratunkowy, aby tę nocną i świąteczną pomoc lekarską w swoich strukturach zrobić. To są dwa lata, więc to nie jest tak, że jest rozporządzenie, że trzeba to zrobić w ciągu kilku miesięcy. To są dwa lata. Na sugestię szpitali wydłużyliśmy to jeszcze do końca czerwca 2023 r., ale muszę państwa także uspokoić, że już na tę chwilę na 242 SOR-y – widzimy bardzo duże przyspieszenie – tylko 25 nie ma w swoich strukturach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, czyli...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie ministrze, żeby tu nie było mylnego wrażenia. Nie SOR ma w strukturze, tylko obok niego. Prawda?

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Przepraszam. Tak jest. NPL w strukturze szpitala, który posiada SOR – może tak będzie bardziej precyzyjnie. Widzimy, że to już w tej chwili się dzieje. Chcemy także, aby ci pacjenci „zieloni" i „niebiescy" nie trafiali przez SOR, tylko mogli być przez triage ystę odesłani do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, bo to jakby usprawni...

To, co pokazaliśmy państwu na wykresie, że 30% to są osoby, które... To są niestety sprawozdawczości szpitalnych oddziałów ratunkowych. Te szpitale tak sprawozdają, że 70% to są stany zagrożenia zdrowia i życia. Też mi się wydaje, że to są troszkę nacią-

gnięte sytuacje, aczkolwiek pan dyrektor mówi, że katar z gorączką to też jest stan zagrożenia życia... Zdrowia. Tak? Jako lekarz mam troszkę inne...

Także podnosili państwo, że pacjent ze skierowaniem musi trafić przez SOR. To proszę mi pokazać taki szpital, dlaczego tak się dzieje, ponieważ każdy szpital, który posiada szpitalny oddział ratunkowy powinien posiadać w swojej strukturze punkt przyjęć i to przez te punkty przyjęć pacjenta...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Punkt przyjęć jest do już umówionych pacjentów.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

No właśnie, tam schodzi lekarz dyżurny, który jest na oddziale i tego pacjenta powinien załatwić. Jeżeli więc są takie szpitale, to proszę o wskazanie. Pan dyrektor oczywiście tam wyśle kontrolę, bo tak nie powinno się odbywać...

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

No to dziękuję bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Tak nie powinno się odbywać... Proszę państwa, bo tworzymy pewne zasady, tylko okazuje się, że te zasady są na papierze, a nie są przestrzegane przez szpitale. Myślę, że to dzisiejsze posiedzenie Komisji także ma to na celu, abyśmy to zmienili.

Także ten wymóg, aby szpitalny oddział ratunkowy od początku połowy przyszłego roku prowadził, był ordynatorem, lekarz ze specjalizacją z medycyny ratunkowej. To także przekładaliśmy wielokrotnie ku niezadowoleniu pana profesora Ładnego, konsultanta krajowego, ale także lekarzy medycyny ratunkowej. To jest także taki aspekt, żeby zachęcić młodych adeptów do tego, żeby wybierali tę specjalizację. Chcemy, żeby tych lekarzy było najwięcej, ale musimy stwarzać im warunki pracy. Dlatego w tej chwili także te szpitalne oddziały ratunkowe, które mają w swoich strukturach ordynatora ze specjalizacją z medycyny ratunkowej, dostają dodatkowe pieniądze. To jest w tej chwili zachętą, aby takich lekarzy pozyskiwać i mam nadzieję, że to będzie ostatni termin, bo też mam trochę niesmak, że przekładamy to już któryś raz z kolei.

Wielokrotnie pojawiało się pytanie i zastrzeżenie, że to czasem właśnie POZ kieruje pacjentów do SOR-u, aby wykonać tam szybko diagnostykę nie ponosząc za to kosztów. My, może nie rewolucyjnie, ale ewolucyjnie, zmieniamy to poprzez budżet powierzony, który lekarz rodzinny dostaje. To pewien dodatkowy pieniądz, nie w ramach stawki kapitacyjnej, ale dodatkowy pieniądz na dodatkowe badania, który będzie mógł wykonać pacjentowi. Myślę więc, że to jest może kroczek, ale jednak w tym kierunku, aby pacjent nie trafiał do SOR, ale miał wykonane badania mając skierowanie na tomografię komputerową czy rezonans.

Jeżeli chodzi o jakość, w Ministerstwie Zdrowia pracuje jeszcze zespół, który się zajmuje pomiarem jakości w ratownictwie medycznym. Pewne prace są już na ukończeniu. Myślę, że niedługo takie rozporządzenie pojawi się. Chcemy także wprowadzić akredytację dla jednostek ratownictwa medycznego, aby właśnie tę jakość w sposób obiektywny mierzyć, ale też tę jakość nagradzać. Myślę, że to tyle, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo...

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Prosiłbym o jasną odpowiedź. Przychodzi termin, który państwo nakreślili i nie ma chętnego lekarza medycyny ratunkowej, a jest zorganizowany dobrze działający od 20 czy 15 lat SOR, dosyć duży, do którego przychodzi 1/4 województwa. To co, zamkniecie wtedy ten SOR?

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Będzie klauzula odpowiednia...

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Panie pośle, nie wyobrażam sobie, żeby w szpitalnym oddziale ratunkowym nie pracował lekarz medycyny ratunkowej. No nie wyobrażam sobie. To tak jakby na chirurgii nie pracowali chirurdzy. No, panie pośle...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Natomiast ja, panie ministrze, też mam wątpliwość w nawiązaniu do wypowiedzi pani poseł Gelert. To znaczy, że nocna i świąteczna opieka zdrowotna będzie tylko przy SOR-ach. Natomiast jeśli w województwie będą tylko cztery SOR-y, to cztery będą...

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

To jest jakby dodatkowe...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

A, oczywiście. To dobrze. Fajnie.

Dobrze. Chyba jeszcze chciał pan dyrektor z Narodowego Funduszu Zdrowia... Czy tak? Wszystko już zostało powiedziane. Czyli wyczerpaliśmy porządek obrad i konkluzja jest taka, że chapeau bas i wdzięczność dla wszystkich pracowników SOR-u, bo rzeczywiście pracują bardzo ciężko, ofiarnie, odpowiedzialnie, a jednocześnie w warunkach stresorodnych. To co pan profesor powiedział – wypalenie zawodowe i trauma itd., to jest rzeczywiście. Tak więc, dziękujemy. Trzymamy kciuki za wytrwałość i dziękujemy za pracę.

Wobec tego, że porządek dzienny został wyczerpany, zamykam posiedzenie Komisji.